N° 271.

DE

L'EUTOCIE PAR LA FACE,

OU

DE L'ACCOUCHEMENT

CONSIDÉRÉ COMME NATUREL DANS CETTE POSITION ;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 22 août 1833, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

Par Charles-Ambroise-Edmond BARRÉ, de Rouen,

Département de la Seine-Inférieure ;

Ex-Interne de l'Asile des Aliénés de Rouen.

On peut exiger beaucoup de celui qui devient auteur pour acquérir de la gloire, ou par un motif d'intérêt; mais celui qui n'écrit que pour satisfaire un devoir dont il ne peut se dispenser, une obligation qui lui est imposée, a sans doute de grands droits à l'indulgence de ses lecteurs.

La Bruyère.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD, Suppléant.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, Examinateur.
	.....
Pathologie médicale	DUMÉRIL.
	ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, Examinateur.
Clinique médicale	FOUQUIER, Examinateur.
	BOUILLAUD.
	CHOMEL.
	ROSTAN.
Clinique chirurgicale	BOYER.
	JULES CLOQUET, Président.
	DUPUYTREN.
	ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Bayle, Examinateur.	Hatin.
Bérard (Auguste), Examinateur.	Hourmann.
Blandin.	Jobert.
Boyer (Philippe).	Laugier.
Briquet, Suppléant.	Lesueur.
Brongniard.	Mattin Solon.
Broussais (Casimir).	Piorry.
Cottereau.	Requin.
Dalmas.	Sanson (aîné).
Dubled.	Sanson (Alphonse).
Guérard.	Royer-Collard.
	Trousseau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

A MON ONCLE BARRÉ,

DOCTEUR EN MÉDECINE.

C.-A.-E. BARRÉ.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

A MONSIEUR FOVILLE,

Médecin en chef de l'Asile des Aliénés de Rouen, Professeur de physiologie, Membre de l'Académie de la même ville, etc., etc.

C.-A.-E. BARRÉ.

AVANT-PROPOS.

Anatomie, physiologie et pathologie, tout offre à notre observation un champ vaste et hérissé de difficultés, qu'une vie d'homme peut à peine parcourir dans toute son étendue.

En effet, combien sont immenses les découvertes que nous faisons chaque jour! Combien exigent d'attention et de veilles, pour parvenir à la connaissance de la vérité, les recherches que nous faisons sans cesse dans les ouvrages des anciens maîtres qui dirigèrent nos premiers pas dans la science, et dont les erreurs quelquefois nous éclairent!

Combien il nous faut de courage et de persévérance pour puiser au sein de la mort les documens nécessaires à la conservation de la vie de nos semblables! Quelles difficultés alors n'éprouve-t-on pas, jeune encore dans la science, quand il faut traiter un sujet que le temps et les circonstances ont à peine permis d'étudier?

Convaincu de ces vérités, j'ai fait tous mes efforts pour

bien approfondir le sujet que j'ai choisi, et je me trouverai trop heureux si, guidé par les leçons de nos grands maîtres, je parviens à y jeter quelque jour, sinon à obtenir l'indulgence de mes juges.

DE

L'EUTOCIE PAR LA FACE,

OU

DE L'ACCOUCHEMENT

CONSIDÉRÉ COMME NATUREL DANS CETTE POSITION.

Les auteurs anciens ne sont pas d'accord sur les diverses positions de la face ; je présenterai ici quelques classifications de ces auteurs, les regardant comme très-importantes par rapport à la conduite que doit tenir l'accoucheur.

D'après *Baudelocque*, les positions sont ainsi classées :

Dans la première, le menton répond à l'angle sacro-vertébral, et le front à la symphyse des pubis, *mento-sacrée.*

Dans la seconde, le menton répond au pubis, et le front à l'angle sacro-vertébral, *mento-pubienne.*

Dans la troisième, la face est située transversalement à l'égard du

bassin, de telle sorte que le front est au côté gauche, et le menton au côté droit, *mento-iliaque droite.*

La quatrième position est opposée à cette dernière, *mento-iliaque gauche.*

D'après *Gardien*, la face peut se présenter aux différens points du bassin : sans classer ces points par ordre, il dit seulement que l'on doit admettre le même nombre d'espèces pour la face que l'on en admet pour l'accouchement naturel par le vertex : cette manière de penser est partagée par *Désormeaux.*

Ces classifications ne sont pas celles de MM. *Marc* et *Hatin*, qui se rangent de l'avis de *Baudelocque*, et classent les positions ainsi que je l'ai exposé précédemment.

Cette divergence d'opinions dans la classification des positions de la face provient sans doute d'une idée préconçue sur l'impossibilité des accouchemens naturels dans ces cas, ou d'un principe posé sur l'observation de quelques faits exceptionnels, qui n'ont pu se terminer sans le secours de ces hommes célèbres, ou bien enfin de la promptitude avec laquelle ces savans se sont déterminés à agir, bien convaincus que les jours de la mère ou de l'enfant étaient en danger. Ce n'est pas à nous qu'il appartient de décider la question, nos efforts seuls doivent tendre à l'éclairer.

Suivons un instant, comme plus conforme à notre manière de voir, la classification établie par M. *Velpeau* et M^me^. *La Chapelle.*

Ce célèbre praticien admet pour première position celle où le menton correspond à la fosse iliaque droite (*mento-iliaque droite*).

Pour seconde (*mento-iliaque gauche*), le menton correspond à la fosse iliaque gauche. Enfin, pour troisième position, la mento-pubienne, celle où le menton correspond au pubis et le front à l'angle sacro-vertébral. On peut, dit-il aussi, admettre deux positions diagonales, et regarder comme impossible la *mento-sacrée.*

La classification de M^me^ *La Chapelle* est la même pour les deux premières positions, qui, dit-elle, varient selon la diagonale, et sont

plus ou moins obliques. Quant à la troisième position, mento-pubienne, elle dit n'en avoir pas rencontré de faits bien constans.

Tâchons maintenant de prouver l'utilité de cette dernière classification, que nous avons adoptée depuis long-temps, et qui nous a toujours dirigé dans nos études.

Cette question : Pourquoi les accoucheurs ont-ils toujours été d'accord sur l'ordre de classification des positions de l'occiput? est facile à résoudre; c'est que, dans la majorité des cas, l'accouchement a eu lieu par cette partie : de là, la nécessité absolue de mettre au premier rang les fonctions qui suivent la marche la plus parfaite dans la nature, pour placer au second et même au troisième celles qui paraissent le plus s'écarter de la loi commune. La dissidence d'opinion a donc pris naissance dans ces cas rares que peuvent observer de temps à autre un petit nombre d'hommes : mais ces cas doivent être, comme les autres, rangés selon leur ordre le plus naturel : aussi avons-nous écarté avec soin cette classification où la position mento-sacrée occupe le premier rang, la mento-pubienne le second, ces positions étant, comme nous le démontrerons plus tard, la première impossible, et la seconde très-rare, quoique la plus facile.

Une classification est souvent, dans les sciences et surtout en médecine, une hypothèse; mais il n'en est pas ainsi dans l'art des accouchemens, lorsque l'on sait se renfermer dans de justes limites. Sans classification, chacun sait où en serait l'art des accouchemens; la conduite que pourrait tenir le jeune praticien, livré à lui-même, sans guide et sans expérience. Bien convaincu de cette vérité, qu'il faut une classification, tant pour les progrès de la science que pour le bonheur de l'humanité, nous adopterons la suivante :

PREMIÈRE.	mento-iliaque droite,	Dans ce cas, la face peut se présenter dans une position plus ou moins diagonale, plus ou moins oblique.
DEUXIÈME.	mento-iliaque gauche,	
TROISIÈME.	mento-pubienne.	

D'accord avec les accoucheurs modernes, nous avons admis pour première position la *mento-iliaque droite*, parce que l'accouchement est beaucoup plus fréquent dans celle-ci que dans les autres proportions, 41 à 31 ; ce qui tient, sans doute, à la conversion de la première position du vertex en position de la face; il en est de même pour la seconde position, la *mento-iliaque gauche*, qui vient naturellement se placer à la suite, la proportion étant beaucoup plus grande pour celle-ci que pour les autres, 31 à 6. La *mento-pubienne* est beaucoup plus rare que les précédentes, sans doute parce que les positions *fronto-pubiennes* sont aussi beaucoup moins fréquentes, et qu'elles seules paraissent pouvoir lui donner naissance. Il est à regretter qu'il en soit ainsi, puisque cette position est la plus facile : le fœtus ayant un mouvement de moins à faire pour venir placer son menton sous l'arcade des pubis, il lui suffit de descendre. Aussi aurions-nous mis cette position au premier rang, si, convaincu de sa rareté, nous n'avions pas craint de tomber dans la même erreur que *Baudelocque* et autres, qui ont admis pour première position la *mento-sacrée ;* je dis erreur, parce que dans cette position l'accouchement ne peut se terminer seul, si la tête est bien conformée; car il faudrait au cou de l'enfant une longueur démesurée pour permettre au menton de parcourir toute la concavité du sacrum, et au front de venir se placer sous les pubis; ou bien il faudrait supposer que la tête descend dans l'excavation, conjointement avec la poitrine ; ce qui est physiquement impossible à cause des diamètres de ces parties relativement à ceux du bassin. Lors donc que l'enfant se présente dans cette position, il change bientôt de place, et le menton se porte, tantôt à droite, tantôt à gauche de l'angle sacro-vertébral, ce qui ramène cette position à la première ou à la seconde.

Nous citerons ici une observation de ce genre que nous avons recueillie dans notre pratique, étant interne à l'Asile des Aliénés de Rouen.

OBSERVATION.

Appelé, le 16 avril 1831, par une sage-femme, pour donner mes soins à la nommée Le Ch....., âgée de trente-deux ans, qui était dans les douleurs de l'enfantement depuis trente heures, les contractions de la matrice avaient cessé trois quarts d'heure avant mon arrivée; une partie des eaux était écoulée. Après avoir pratiqué le toucher, je reconnus la quatrième position de la face; le front fortement appuyé sur le pubis, le menton dirigé vers le sacrum, sans être en contact avec cette partie. Il y avait obliquité de la matrice en avant.

Je fis alors coucher la femme presque horizontalement sur son lit, en circonscrivant le ventre avec une alèze que deux aides portèrent légèrement en haut. Bientôt les contractions de l'utérus reparurent; peu à peu cet organe revint à sa rectitude; le menton se dirigea insensiblement vers le sacrum, prit bientôt position sur la symphyse *sacro-iliaque gauche* (de cette manière l'accouchement fut ramené à une des variétés obliques de la seconde position de la face); les eaux s'écoulèrent entièrement; le menton exécuta bientôt la rotation horizontale, et vint se placer sous la symphyse du pubis; enfin le front, glissant sur la partie postérieure et droite du bassin, après avoir parcouru la concavité du sacrum, vint s'appuyer sur le coccyx et le périnée; bientôt la face se dégagea, puis le front, la suture sagittale et l'occiput, le cou servant de point d'appui, et le menton se relevant vers le mont de Vénus. La tête étant libre, se dirigea, la face vers la cuisse gauche, et l'occiput vers la cuisse droite de la mère; enfin, l'épaule gauche se présenta à la vulve, se dégagea la première, puis la droite, après quoi vint le reste du tronc.

Il y avait tuméfaction de la face de l'enfant, son cerveau paraissait congestionné; les mouvemens respiratoires ne s'exécutaient plus. Par la section du cordon ombilical, qui produisit l'écoulement d'une petite quantité de sang, et des frictions sur le thorax, la respiration revint bientôt, et l'enfant fut ainsi rappelé à la vie. La mère ne présenta rien de remarquable à l'observation.

L'accouchement fut terminé dans l'espace d'une heure et demie.

Notre classification étant bien établie, passons maintenant aux divers détails qu'exige le travail que nous avons entrepris.

CAUSES.

Chaque auteur a cherché à donner des raisons plus ou moins valables pour expliquer les causes de l'accouchement par la face ; la plu part, en cela, d'accord avec *Deventer*, regardent l'obliquité de la matrice comme cause de ses positions, car la tête éprouve, en heurtant le côté du bassin opposé à l'obliquité, une sorte de bascule ; suivant *Levret* et *Baudelocque*, c'est la direction des forces utérines qui porte davantage sur un point de la tête antérieur à l'articulation occipito-atloïdienne. Quant à nous, sans dire impossibles les causes citées précédemment, puisque, d'après l'observation que nous venons de rapporter, nous avons trouvé une obliquité de l'utérus, nous nous rangerons de l'avis de M^me^. *La Chapelle*, qui dit : « La face se pré-« sente sans qu'il y ait eu obliquité de la matrice ; on la trouve même « en plein au détroit supérieur avant le terme de la grossesse, et sans « qu'il se soit développé le moindre symptôme de travail puerpéral. » Cette savante dit avoir observé deux cas de ce genre sur le cadavre, chez des femmes mortes avant l'accouchement.

Nous ne pousserons pas plus loin nos recherches à ce sujet, la solution de cette question n'étant pas, à notre avis, d'une importance majeure.

DIAGNOSTIC.

Dans ces positions de la face, on apprécie à sa juste valeur l'avantage qu'il y a de bien déterminer la position du fœtus ; c'est, en effet, dans ces cas que l'on se trompe le plus souvent par une inattention, née sans doute du peu d'habitude que l'on a de rencontrer ces positions, ou du peu de soin que l'on met à explorer les parties qui se

présentent au toucher, ou enfin des difficultés offertes par cette position.

Cette position du fœtus ayant été confondue avec celle des fesses, surtout dans les cas où il existait une tuméfaction de la face, comme le rapporte *Viardel* et autres, nous allons donner quelques indications précises pour se guider dans ces cas, et mettre en garde contre les erreurs.

A l'un des côtés du bassin l'on sent une surface arrondie, résistante, le menton ; plus loin, une fente transversale, à bords renversés, lisses, qui présente dans son fond deux arcades dures et résistantes, légèrement séparées ou rapprochées : à ces signes on reconnaît la bouche ; au-dessus, une petite saillie pyramidale formée par le nez ; de chaque côté de cette saillie deux parties charnues, molles, les joues ; au haut du nez, et de chaque côté, deux enfoncemens arrondis, circonscrits par un bord osseux ; enfin, une surface convexe, large, quelquefois séparée par une suture : cette surface est le front.

MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT PAR LA FACE.

Ce mécanisme comprend plusieurs temps, suivant que cette position est franche, c'est-à-dire que la face est placée bien horizontalement, selon les diamètres du bassin ; ou suivant qu'elle n'est pas franche, cas où le front se présente plus ou moins en avant, et que la face offre un de ces côtés. Dans le premier cas, nous observerons trois temps bien distincts.

1°. La face s'avance transversalement dans le bassin jusqu'à la partie moyenne du sacrum.

2°. A ce point, la face éprouve un mouvement de rotation ; le menton et le devant du cou glissent d'arrière en avant, sur les plans inclinés antérieurs, droit au gauche, et viennent se placer au sommet de l'arcade des pubis ; le bregma suit alors le plan incliné postérieur, gauche ou droit, et vient se placer dans la concavité du sacrum.

3°. La tête se fléchit alors ; l'os hyoïde, appuyé sous l'arcade du

pubis, sert de point central à l'arc que va décrire la tête; le menton se présente de plus en plus à la vulve; le front et la suture sagittale parcourent successivement la concavité du sacrum, du coccyx et la cloison formée par le périnée; bientôt ces parties paraissent à la vulve, et se dégagent; à mesure qu'elles deviennent libres, la face se relève de plus en plus vers le pénil.

Dans le second cas, où la position n'est pas franche, il y a nécessairement deux temps de plus :

1°. L'extension de la tête, par laquelle s'opère son renversement complet vers le dos;

2°. La permutation d'une position du front en position franche de la face.

D'après ces données, nous aurons le mécanisme suivant :

Position franche.	1°. Descente. 2°. Rotation. 3°. Flexion en arc de cercle.
Position mixte.	1°. Extension. 2°. Renversement. 3°. Descente. 4°. Rotation 5°. Flexion en arc de cercle.

Nous n'avons point ici suivi la marche de l'enfant jusqu'à ce qu'il soit complètement sorti du bassin, l'accouchement se terminant, dans ces cas, comme dans les positions correspondantes du vertex.

PROGNOSTIC.

D'après le peu d'accord qui existe sur la classification et le diagnostic, il est facile de voir que les opinions seront aussi variées pour établir le prognostic. Ainsi *Portal* et *Deleurye* regardent les présentations de la face comme peu désavantageuses ; ce dernier auteur excepte toutefois la position dans laquelle la face se présente de côté. *Lamotte*, *Moriceau* et *Smellie* citent un grand nombre d'enfans qui sont

nés ainsi. M^me^. *La Chapelle* et M. *Velpeau* s'expliquent d'une manière très-claire à ce sujet, puisque tous deux traitent de ces accouchemens dans l'eutocie.

D'après ce que nous avons dit plus haut, nous nous rangeons, sans hésitation, de l'opinion de ces auteurs; mais, pour rendre la question plus claire, nous allons considérer le prognostic chez la mère et chez l'enfant.

Prognostic chez la mère.

Dans les cas où il n'y a aucun renversement de la matrice, où le bassin est bien conformé, quelle cause peut s'opposer à l'accouchement? Le diamètre *transversal* du bassin n'a-t-il pas cinq pouces, tandis que le diamètre *mento-frontal* n'a que quatre pouces six lignes au plus? Les positions qui ne sont *point franches* ne se transforment-elles pas en positions *franches* par les contractions de la matrice? En admettant toutefois que l'accouchement se prolonge pendant quelque temps de plus, la femme ne courra-t-elle pas moins de dangers que si l'on avait recours soit à la version, soit au levier, soit au forceps? manœuvres que l'on conseille dans ces cas.

Prognostic chez l'enfant.

Ce ne sont pas plus les diamètres de la tête que ceux du bassin qui feront courir des dangers à l'enfant, puisqu'ils sont respectivement les mêmes pour l'un et pour l'autre. La flexion de la tête en arrière ne sera pas plus dangereuse que la flexion en avant, ces deux positions ne contribuant pas plus l'une que l'autre à congestionner le cerveau, comme on le croit ordinairement.

En effet, quelle est, chez l'adulte et chez l'enfant, la cause des congestions au cerveau? Pourquoi, lorsqu'on a parcouru pendant longtemps une galerie de tableaux en les regardant l'un après l'autre, ou bien quand seulement on est forcé de baisser la tête pour chercher quelque chose à terre, éprouve-t-on des vertiges, des étourdisse-

mens ? Ces deux positions, quoique bien opposées, produisent le même effet, ayant pour agent producteur une cause que je dirai presque contraire. Dans ces cas, le cerveau reçoit toujours la même quantité de sang qui lui est envoyée par le cœur : par l'extension, les muscles compriment les veines, et le sang peut revenir au cœur: de là, congestion. Il en est à peu près de même pour la flexion ; dans cette position, le retour du sang est empêché, non-seulement parce que les veines éprouvent une flexion qui est un obstacle au cours du sang, mais encore parce que le sang ne peut remonter dans des vaisseaux privés de valvules sans puissance motrice.

Cette congestion chez l'enfant se passe en bien peu de temps lorsqu'il est sorti du sein de sa mère, et qu'on peut lui administrer les soins que sa position exige. Ces cas de congestion ne se présentent pas toujours : les observations recueillies par M^me^. *La Chapelle* prouvent jusqu'à l'évidence que la mort n'arrive pas plus fréquemment dans ces positions que dans les autres. En effet, sur quarante-un accouchemens par la face, trente-huit enfans sont nés vivans, et trois sont venus au monde putréfiés; dans ces trois cas ce n'était certainement pas la position de la face qui avait déterminé la mort.

En considérant l'accouchement par la face comme naturel, il ne faut pas se croire autorisé à le juger tel dans toutes les circonstances : de là, la nécessité de passer successivement en revue les cas où les secours de l'accoucheur deviendront indispensables.

OBSTACLES APPORTÉS PAR LA MÈRE.

Obliquité de la matrice.

Parfois il existe chez la mère une plus ou moins grande obliquité de la matrice, soit en avant, soit en arrière, soit enfin sur les côtés. Il suffit, la plupart du temps, d'une position opposée à cette obliquité pour opérer le redressement de cet organe, ou bien d'une alèze tirée

légèrement en sens contraire à l'obliquité pour produire le même résultat.

Hémorrhagies, convulsions, difformités du bassin.

Dans le cas où il survient un accident grave, tels sont ceux que nous venons de citer, il faudra nécessairement terminer l'accouchement et se conduire d'après les principes de distocie dont nous parlerons bientôt.

OBSTACLES APPORTÉS PAR L'ENFANT.

Si la position dans laquelle l'enfant se présente n'est pas franche, ce qui peut tenir à l'obliquité de la matrice, alors les moyens indiqués précédemment suffiront pour déterminer la position, sans quoi on aura recours à d'autres procédés dont nous parlerons bientôt. Si c'est le volume de la tête qui est trop considérable pour passer au détroit supérieur, il y aura ou obstacle à l'accouchement ou enclavement de la tête : dans ces cas, les secours de l'accoucheur seront encore nécessaires. Il en sera de même si le fœtus est mort dans la matrice.

INDICATIONS ET PROCÉDÉS OPÉRATOIRES.

Quand, après avoir corrigé le plus possible l'obliquité de la matrice, on ne peut obtenir une position franche de la face, le front restant plus ou moins appuyé sur les os du bassin, il faut tâcher de réduire cette position en une du vertex à l'aide de la main ; pour en agir ainsi, on doit porter dans la matrice la main qui correspond à l'occiput de l'enfant, l'appliquer sur cette partie, et faire ses efforts pour opérer le changement de position, ou bien avoir recours au levier, qui, dans ces cas, agit plus efficacement que la main. Si des circonstances fâcheuses du côté de la mère exigent que l'accouchement soit terminé promptement, deux manières de se conduire se présentent : 1°. la version, 2°. l'application du forceps.

La version offre de grands inconvéniens, car de cette manière l'accouchement se prolonge du temps employé à aller à la recherche des pieds; opération qui offre de plus le danger de contondre et de déchirer la matrice, tandis qu'à l'aide du forceps l'accouchement est plus tôt terminé, et l'on sait qu'avec un peu d'habitude, l'usage de cet instrument expose moins à léser la matrice; quant au fœtus, il éprouve moins de gêne que lorsqu'il vient par les pieds, et par conséquent la congestion est moins imminente. Mais si les eaux n'étant pas encore écoulées, la tête se trouve au-dessus du détroit supérieur, l'usage du forceps devient sinon impossible, du moins extrêmement difficile, et alors il faut aller chercher les pieds. Lorsque les eaux se trouvent écoulées, la version devient impossible ou du moins très-dangereuse, la matrice, par ses contractions, s'étant moulée pour ainsi dire sur le fœtus. Enfin, lorsque l'enfant est mort et que le bassin est trop petit pour permettre sa sortie, il faut avoir recours au crochet : cet instrument serait très-nuisible dans tout autre cas

La conduite que doit tenir l'accoucheur à l'égard de la mère et de l'enfant peut donc se réduire à ces quatre points principaux :

1°. Laisser la nature agir seule;

2°. Aider la nature sans changer les dispositions;

3°. Changer pour de plus favorables les dispositions naturelles;

4°. Employer les instrumens.

Comme complément de mon travail, je citerai deux observations : la première m'a été communiquée par mon collègue et ami *Le Brument*, élève interne des hôpitaux de Rouen; la seconde, je l'ai recueillie moi-même.

Ire. OBSERVATION.

« La nommée Rosalie L..., âgée de trente-trois ans, d'une assez « haute stature, et d'une constitution forte et sanguine, était au « neuvième mois de sa troisième grossesse (les deux précédens ac- « couchemens s'étaient opérés sans aucun accident et avec assez de

« facilité, au dire de cette femme). Le travail commença le 7 « mai 1831, à cinq heures du matin, par quelques légères douleurs, « comme elle était sur le point de sortir de son lit. Appelé vers « sept heures, je trouvai le cercle de l'orifice de la matrice souple et « mince; il présentait une ouverture d'environ dix lignes de dia- « mètre; les membranes se bombaient sous l'influence de contractions « vives et soutenues; il était alors impossible de rien sentir du fœtus. « Mais peu à peu la dilatation augmenta, bientôt les membranes se « rompirent, et laissèrent s'écouler une petite quantité d'eau. Ce fut « alors que je pus reconnaître la position du fœtus : la face était « située transversalement, le menton correspondant au côté droit du « bassin, et le front au côté gauche; je laissai agir la nature. Bientôt « la face descendit dans le bassin: par un mouvement de rotation « elle vint s'appuyer derrière l'arcade des pubis, en suivant la con- « cavité du bassin. La face se présenta alors à la vulve, le menton s'en- « gagea sur l'arcade des pubis, le front avait parcouru la concavité « du sacrum. Après quelques douleurs, la face se dégagea en se recour- « bant en haut, le menton appliqué sur l'orifice de l'urètre et la partie « inférieure du pénil. Le front ne fut pas long-temps à paraître au « dehors, en faisant toute fois éprouver une grande distension au péri- « née, que je soutins à l'aide de la main : il n'y eut aucune déchirure. « La tête dégagée, l'accouchement se termina très-heureusement. »

IIe. OBSERVATION.

Le 16 août 1832, Louise Bosquet, âgée de vingt-huit ans, demeurant à Sotteville près Rouen, étant dans les douleurs de l'enfantement, réclama mes soins. Arrivé près d'elle, je reconnais au toucher une dilatation du col de la largeur d'une pièce de cinq francs environ ; les eaux n'étaient point écoulées. Il me fut impossible de bien établir mon diagnostic. Bientôt le col se dilata de plus en plus, et je reconnus que la face était dirigée selon le diamètre transversal du bassin, le menton à droite et le front du côté opposé (première po-

sition *mento-iliaque droite*). Bientôt la tête descendit dans le bassin, le menton vint se placer derrière l'arcade du pubis, enfin il parut à la vulve ; le front, suivant les mouvemens de la face, vint se placer dans la concavité du sacrum ; bientôt le menton se dégagea complètement, et s'appliqua au-devant du pénil; la bouche et le nez parurent au dehors ; le front, après avoir parcouru la concavité du sacrum, du coccyx, et distendu le périnée, se dégagea bientôt, suivit la suture sagittale et l'occiput : alors la face se tourna vers la cuisse gauche de la mère, et l'occiput vers la cuisse droite. Peu après, l'épaule gauche s'engagea au-dessous du pubis, et l'accouchement se termina d'une manière très-heureuse après cinq heures de travail.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum *Sect.* 2, *aph.* 46.

II.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

III.

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. *Sect.* 5, *aph.* 13.

IV.

Mulieri in utero gerenti si mammæ ex improviso graciles fiant, abortit. *Ibid.*, *aph.* 37.

V.

Quæ in utero gerunt, harum os uteri clausum est. *Ibid.*, *aph.* 51.

VI.

Mulieri in utero gerenti, tenesmus superveniens, abortire facit. *Sect.* 7, *aph.* 27.